Rok LII. Kraków, dnia 19. lipca 1913 Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni chemicznej kliniki chorób wewnętrznych Prof. H. Eichhorsta w Zurychu.

Wpływ odżywiania na wydzielanie indykanu i indolu w moczu i indolu w kale.

Podał

Dr Wacław Moraczewski (Karlsbad).

Pomimo bardzo obszernej literatury, którą przejrzeć można w monografii Maillarda, zawartej w IX tomie »Słownika fizyologicznego», wydawanego przez Ch. Richeta[1]) i potrochu zawartej w dziele G. Baara[2]) o indykanuryi, nie mamy dokładnego pojęcia o zależności indykanu od indolu kału. Dlaczego przy tejsamej ilości białka ilość indykanu bywa różna, tego dokładnie nie określają ani zwolennicy teoryi tkankowego, ani zwolennicy jelitowego powstawania indykanu. Mimo prac Fr. Blumenfelda, Fr. Rosenthala, C. Lewina i wielu innych zwolenników tkankowego pochodzenia, trzeba wyznać, że poważnych dowodów tego pochodzenia niema — i szkoła Jaffego z Ellingerem, Scholzem, Gorterem, łatwo wykazała braki tamtej teoryi. Ale swojej mimo to nie ugruntowała, bo chociaż osobiście skłaniam się bardziej do przyjęcia gnicia w kiszkach, jako jedynego źródła indykanu moczu, to przecież nie mogę bez żadnych objaśnień przyjąć tych bardzo różnych ilości, które się w przypadkach klinicznych zdarzają.

Musimy przedewszystkiem rozważyć, co jest przyczyną małej ilości indykanu: 1) czy zupełne pochłonięcie tryptofanu w kiszkach i brak tym sposobem materyału, podlegającego gniciu, 2) czy uniemożebnienie gnicia przez zakwaszenie zawartości jelit, 3) czy wreszcie pożywienie ubogie w białko i nie dające żadnych grup tryptofanowych.

Widzimy, że zachodzą tu dwojakiego rodzaju przyczyny, że ta sama ilość spożytego białka może się całkowicie wessać w jelitach cienkich i dać mało kału, mało indolotwórczego materyału, albo dając dużo kału, dużo materyału, może ta sama dyeta przez dodanie jakichś szkodliwych dla gnicia czynników do gnicia nie dopuścić. W pierwszym przypadku mamy wpływy jelit cienkich, w drugim sprawa zależy od kiszki grubej. Nie będę powtarzać, że prawie żaden z wymienionych autorów sprawy tej nie oświetlił, raczej zapytać się godzi, czy posiadamy środki zbadania tego lub innego stanu zawartości w jelitach.

O takiem badaniu myślał zapewne Brandeis[3]) mówiąc, że indykan w moczu zależny jest od »residu d'albumin«. Niestety sposobu oznaczania tej pozostałości białka Brandeis nie podaje. Potrochu sądzić o pozostałości można z ilości kału, z ilości azotu kału. Dokładniej jednak obliczyć się da pozostałość, jeżeli kał po oddestylowaniu indolu poddamy ponownemu gniciu. Jeżeli w tem drugiem gniciu znajdziemy dużo indolu, to możemy wnosić, że dużo białka niezmienionego przeszło do kiszki grubej. Ale i to nie da nam miary wessanej ilości i dlatego możnaby użyć oznaczenia ilości chlorków w kale, które jako lekko chłonne na równi z indolem wessać się powinny.

Rozpatrujemy zatem dwie możebności: 1) Mało indykanu i mało indolu w kale. Jeżeli białko nie jest szczególnie ubogie w grupy tryptofanowe, — a doświadczenia nasze ogłoszone w innem miejscu dowodzą, że prawie wszystkie białka zawierają tyle tryptofanu i indolu co sernik — jeżeli zatem pewna ilość indolu powstaćby musiała, to brak indykanu w moczu świadczy tylko o dobrem chłonieniu lub o dobrem spalaniu indolu. Takie dobre chłonienie zależne być może od sprawności soków i jelit i doprowadza do wyługowania kału, który w tych razach powinien zawierać mało chlorków i mało azotu, i który przy ponownem gniciu nie powinien dawać znacznej ilości indolu. Taki kał spotykamy przy dyecie mlecznej i tu powinniśmy mieć mało indykanu w moczu.

2) Jeżeli zaś przy tejsamej dyecie znajdujemy wiele indolu w kale, dużo azotu i chlorków, jeżeli ponowne gnicie daje dużo indolu, to możemy się spodziewać powiększenia indykanu, jeżeli przytem przypuszczamy, że chłonienie odbywa się prawidłowo, o czem świadczyć mają chlorki.

3) Wreszcie możemy przy ponownem gniciu znaleść dużo indolu, np. przy roślinnej dyecie i małą ilość indy-

---

[1]) Dictionnaire de physiologie. T. IX. Fascicule 1. Felix Alcan, Paris.

[2]) Die Indicanurie, Dr Gustaw Baar, Wien—Berlin 1912. Urban und Schwarzenberg.

[3]) Brandeis. Compte rend. de la Societ. de biolog. T. 67. str. 234.

kanu objaśniać usuwaniem białka z jelit, mimo obfitego materyału indolotwórczego.

Mówiliśmy dotąd o prawidłowych warunkach gnicia. Nie brak przypuszczeń, że dyeta wpłynąć może na gnicie, że przez fermentacye kwaśne kał może stać się ubogi w indol. Coprawda są to tylko teorye, budowane bez cyfrowych dowodów. Że dodatek cukru do gnijącego białka gnicie przerywa, o tem wiedział już A. Hirschler [4]), to potwierdzają wszystkie moje doświadczenia nad sztucznem trawieniem białka, to wreszcie dowodzi i M. Bertrand [5]), który u królików karmionych marchwią indykanu nie znalazł, i Kraus [6]), który przez dodanie chleba do pożywienia mięsnego obniżał ilość indykanu. Czy jednak spostrzegane przy gniciu sztucznem wyniki dają się przenieść na sprawy jelitowe, o tem godzi się wątpić. Doświadczenia, które nad laktobacyliną w Instytucie prof. Becka wykonałem, przekonały mnie, że owa fermentacya jelitowa ilości indolu nie zmienia. Obecne i dawniejsze doświadczenia pouczają, że dodatek cukru do pożywienia nie wpływa na ilość indolu, albo może wpływ ten na czem innem polega, słowem trudno jest przypuścić, że istnieją środki, któreby gnicie w kiszkach hamowały. Takie środki, jak cukier, kwas itd. wessane bywają, zanim do kiszki grubej dojdą. Zresztą, gdyby cukry hamowały gnicie, to kał otrzymany przy dyecie cukrowej musiałby zawierać nienaruszony tryptofan, który przy ponownem gniciu dać musiał dużo indolu.

Są wreszcie przypuszczenia, że mimo obfitego pożywienia gnicie w kiszkach nie następuje z mechanicznych powodów. I tu musiałaby analiza wykazać powstałe białko, a ponowne gnicie daćby musiało indol. Zaburzenia w wydzielaniu trzustki mogą sprawić, że białko nie rozkłada się do tryptofanowych grup i mimo wielkiej ilości azotu indolu w kale nie będzie, bo nierozłożone białko trudniej gnije.

Widzimy z tego, ile rozmaitych powikłań zdarzyć się może i niech to usprawiedliwi nasze usiłowania rozjaśnienia tej niewdzięcznej sprawy.

Wszystko, co mówiliśmy dotąd, dotyczy samego gnicia w kiszkach. Pamiętać jednak należy, że nigdy cały wytworzony indol w moczu jako indykan nie występuje, że zarówno Ed. Wang [7]), jak Max Kaufman [8]) przy podawaniu indolu zaledwie 30—50% odnajdowali w moczu. Zatem wszelkie gnicie musi się liczyć i z tą sprawnością ustroju. Od czego ona zależy, o tem na razie mało nam wiadomo. Moje własne doświadczenia pozwalały mi utworzyć tylko przypuszczenia, które sprawdzić należało.

Do badań obecnych skłoniła mnie między innemi okoliczność, że dzięki nowej metodzie E. Herzfelda i K. Baura [9]) mamy możność oznaczania ilościowego indolu w moczu, albo raczej tego ciała, które odkrył w moczu Jaffe [10]). Ów indol moczu mógłby stać w związku z indolem kału albo z pochłoniętym przez kiszki tryptofanem. (C. d. n.).

[4]) A. Hirschler. Zeitschr. f. physiol. Chem. Tom 10.
[5]) M. Bertrand. Annales de l'Inst. Pasteur 1913. T. 27, p. 78.
[6]) Krauss. Zeitschr. f. physiol. Chem. T. 18.
[7]) Ed. Wang. Zeitschr. f. phys. Chem. B. 27, p. 557.
[8]) Max Kaufman. Zeitschr. f. phys. Chem. B. 71, p. 168.
[9]) E. Herzfeld et K. Baur. Zeitschr. f. inn. Med. B. 34. Nr 11, 1913.
[10]) Jaffe. Arch. f. exp. Path. u. Pharmacol. T. 59, p. 299.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor: Prof. Dr Rosner).

Wyciągi z przysadki mózgowej w położnictwie i ginekologii

napisał

Dr Józef Schlank,

I. asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Raz jeden wstrzyknął w klinice naszej prof. Rosner pituitrynę w chwili, kiedy główka przerzynała się przez szparę sromową u rodzącej, która przy 3 poprzednich porodach w III okresie bardzo silnie krwawiła z powodu atonii macicy; za każdym razem musiano łożysko wygniatać sposobem Credego, a utraty krwi były bardzo znaczne. Tym razem po urodzeniu się płodu krwawienia nie było i okres III przebiegał zupełnie prawidłowo. Łożysko odeszło mniej więcej w $^1/_2$ godziny wśród silnych i bolesnych skurczów macicy, przyczem rodząca nie straciła więcej krwi, niż prawidłowo. Wynik ten wedle wszelkiego podobieństwa do prawdy trzeba przypisać pituitrynie.

Co do wywoływania porodu z końcem ciąży, do czego zachęcają swoimi dobrymi wynikami Hamm, Fries, Flattau, Gottfried, to nie mogę się opierać na własnem doświadczeniu, gdyż rozporządzam tylko jednym przypadkiem. Chodziło tu o ciężarną, dotkniętą zmiękknieniem kości. Stosując pituitrynę pragnąłem osiągnąć dwa wyniki, t. j. spowodować poprawę stanu chorobowego (myśl propozycyi Neua) i wywołać poród. Nie powiodło mi się ani jedno, ani drugie. Mimo 10 dawek (2 razy dnia przez 5 dni) po 1·1 pituitryny, nie osiągnąłem żadnej poprawy co do zmiękknienia kości i nie wywołałem skurczów macicznych. W przypadku tym 2 tygodnie przed terminem porodu wykonano w naszej klinice cięcie cesarskie sposobem Porro z dobrym dla matki i dziecka wynikiem.

Dla wywołania sztucznego poronienia nie stosowaliśmy w naszej klinice pituitryny ani razu. Fries-Hamm nie osiągnęli w takich przypadkach nigdy dobrego wyniku. Schiffmann radzi wstrzykiwać pituitrynę dopiero wtedy, kiedy drogi porodowe są tak rozszerzone, że jaje płodowe może odejść.

W jednym przypadku wstrzyknąłem pituitrynę przy niezupełnie dokonanem poronieniu, jednak bez skutku. W literaturze znane są przypadki, gdzie po wstrzyknięciu pituitryny przy poronieniu wyniki były zupełnie ujemne, a mianowicie spostrzegano tężcowy skurcz macicy i zamknięcie się poprzednio rozszerzonej szyi.

Raz jeden zastosowaliśmy pituitrynę w ciężkim przypadku niepowściągłych wymiotów (hyperemesis gravidarum) w IX. m. ks. w celu leczniczym. I tu mieliśmy wynik podwójnie ujemny, gdyż ani wymioty nie stały się rzadszemi, ani nie nastąpiło poronienie, mimo, że wstrzykiwaliśmy przez 3 dni dwa razy dziennie po 1·1 cm sz. wyciągu.

W ginekologii zaczęto stosować pituitrynę na podstawie przypuszczenia, że pomiędzy przysadką mózgową a jajnikami, jako gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, istnieje działanie przeciwnicze (antagonistyczne). Bab sto-

sował pituitrynę jako środek ściągający przy obfitych krwawieniach miesiączkowych i w stanach zapalnych śluzówki macicy. W naszej klinice zastosowano 2 razy pituitrynę. Raz u chorej z przerostem śluzówki, która mimo wyskrobania dalej krwawiła. Krwawienie po dwóch wstrzyknięciach po 1·1 pituitryny zupełnie ustało. Drugi przypadek dotyczył dziewczyny 13-letniej, która po zgwałceniu przez 6 tygodni krwawiła z macicy nieporanionej. Po 3 wstrzyknięciach pituitryny krwawienie ustąpiło. Z tych dwóch przypadków nie wyprowadzono naturalnie żadnych wniosków. Stosowaliśmy też dwa razy wyciąg w przypadkach braku miesiączki, zachęceni wynikami Hella. I w tych przypadkach wynik był dobry, gdyż peryod pojawił się, ale i tu nie mogliśmy nabrać przekonania, że to się stało wskutek leczenia pituitryną.

W ostatnim czasie B. Klotz stosował pituitrynę w celu leczenia pooperacyjnego zapalenia otrzewnej z dobrym skutkiem. Pituitrynę wprowadzał śródżylnie w dawkach 1—2 gr. na 20 gr. rozczynu fizyologicznego soli. Zdaniem Klotza pituitryna przy zapaleniu otrzewnej przez to działa korzystnie, przynajmniej objawowo, że podnosi ciśnienie krwi, pobudza jelita do ruchu robaczkowego i zwiększa wydzielanie moczu.

W ostatnich czasach Walter Benthin stosował pituitrynę w celu odróżnienia prawdziwych bolów porodowych od bolów t. zw. ciążowych lub przepowiadających. Jeśli zastosował pituitrynę u ciężarnej z rzekomymi bolami porodowymi, wtedy nie spostrzegał żadnego skutku, natomiast przy prawdziwych bolach porodowych następowało zaostrzenie bolów.

Koch zastosował pituitrynę z bardzo dobrym skutkiem w celu leczenia uporczywych krwawień z macicy przy zapaleniu śluzówki macicy z równoczesnemi dużemi zmianami przydatków. Wstrzykiwał co drugi dzień w część pochwową 1 cm sz. — $^1/_3$ gr. pituitryny.

Nie ulega wątpliwości, że pituitryna posiada niezwykłe działanie podczas porodu. Przypadki, w których jej działanie jest ujemne, tłomaczą się, zdaniem mojem, w przeważnej części przypadków tem, że zastosowano ją w nieodpowiednim okresie porodu. Faktem jest, że z początku porodu wyciąg z przysadki albo nie działa wcale, albo bardzo słabo i krótko. Natomiast błędem byłoby twierdzić, że działanie pituitryny ogranicza się wyłącznie do drugiego okresu porodowego; nieraz spostrzegaliśmy bardzo energiczny wpływ tego środka na bole porodowe w drugiej połowie I okresu przyczem ujście zewnętrzne otwierało się szybko, a główka wśród parcia wyraźnie się obniżała. Ponieważ działanie pituitryny nie trwa długo, przeto wydarza się w przypadkach, w których użyto jej w I okresie porodowym, że skutek ogranicza się do rozwarcia ujścia i obniżenia części przodującej, co zwłaszcza w przypadkach ścieśnienia miednicy ułatwia lub zgoła umożliwia założenie kleszczy. W tych przypadkach działanie pituitryny da się porównać z wynikiem zabiegów położniczych przygotowawczych, t. j. stwarzających warunki albo do dobrowolnego porodu, albo do zabiegu rozwiązującego.

W drugim okresie wstrzykujemy pituitrynę, gdzie nam chodzi o zakończenie porodu, po największej części ze względu na płód, rzadziej ze wskazania dla matki. W tych przypadkach pituitryna czyni często kleszcze wychodowe zbytecznemi i wskutek tego da się porównać z działaniem operacyi rozwiązującej.

Zastosowanie pituitryny w położnictwie ma swoje wskazania i przeciwwskazania, taksamo, jak wszystkie zabiegi.

Wskazania do użycia pituitryny dopatrujemy się tam, gdzie jest wskazanie do ukończenia porodu, i to albo wówczas, gdy poród przy prawidłowych oporach przeciąga się dla braku sił porodowych, albo, gdzie przy prawidłowych bólach opory są za duże (nieznaczne ścieśnienie miednicy).

Sam fakt długiego trwania porodu nie jest zdaniem kliniki położniczej krakowskiej wskazaniem do zastosowania pituitryny, taksamo, jak nie jest wskazaniem do operacyjnego rozwiązania. Musi więc wystąpić doraźne wskazanie ze strony matki lub płodu. Tu jednak wskazania do rozwiązania operacyjnego i do wstrzyknięcia pituitryny nie pokrywają się bynajmniej, — szczególnie w zakresie wskazań ze strony matki (pierścień skurczowy, nadmierne ciśnienie krwi [hypertensio gravidarum], rzucawka, zapalenie nerek, wada serca, stwardnienie tętnic). Pozostają ze strony matki: wyczerpanie z powodu bezsenności, braku odżywienia, które tak często dają wskazania do kleszczy, oraz obawa odleżyn i przetok, krwotok wewnętrzny, gorączka; ze strony płodu wskazania są te same, co dla kleszczy, czy jednak ciężkie omdlenie płodu nie jest przeciwwskazaniem, musi wyjaśnić przyszłość. Teoretycznie usprawiedliwiona jest obawa, że bardzo silne i długie bole przy krótkich przerwach mogą nieco ciężej omdlały płód doprowadzić do śmierci. I ja również miałem sposobność spostrzegać taki przypadek w klinice. Z powodu osłabienia bolów porodowych i złego tętna płodu, kiedy główka już stała w pochwie, wstrzyknięto 1·1 gr. pituitryny dla wywołania częstszych i silniejszych bolów porodowych w celu przyspieszenia porodu dla ratowania dziecka. W 8 minut wystąpiły bardzo silne i długie bole porodowe, które urodziły dziecko ciężko omdlałe. Dziecka tego nie zdołano docucić. Śmierć tego płodu trudno sobie wytłomaczyć; muszę się skłonić do przypuszczenia, że długi i silny ból już omdlałe dziecko doprowadził do jeszcze większego omdlenia. Jestto jedyny przypadek, który widziałem, i na podstawie tego jednego przypadku trudno coś stanowczego powiedzieć.

Dalszem wskazaniem do użycia pituitryny jest zmniejszenie krwotoku przy cięciach cesarskich. Tutaj wstrzykujemy bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym pituitrynę dlatego, by mięsień maciczny pobudzić do energicznego skurczu po szybkiem opróżnieniu macicy.

Trzeciem wskazaniem do wstrzyknięcia pituitryny w II okresie porodowym są te przypadki, w których na podstawie wywiadów istnieje obawa niedowładu mięśnia macicznego w III okresie porodowym, a przez to atonicznego krwotoku. Tu można kombinować pituitrynę z ergotyną. Prawdopodobnie pituitryna działa energiczniej i w sposób więcej zbliżony do fizyologicznego. Można jej więc użyć pod koniec drugiego okresu, a więc w czasie, w którym nie stosuje się ergotyny. Ergotynę można zastosować później.

Czwartem i ostatniem wskazaniem są wszelkie krwawienia atoniczne w III okresie porodowym. Obok pituitryny należy naturalnie zastosować i inne sposoby leczenia.

Parisot i Spire twierdzą, że tylko wyciągi z całej przysadki mózgowej mają własności fizyologiczne, a tem samem własności lecznicze. Niewątpliwie wyciągi z prze-

dniej gruczołowej części nie okazują tego działania, co wyciągi z tylnego płatu, czyli z części nerwowej. Mimo to z konieczności przyjąć należy, że część gruczołowa, a nie płat tylny, jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, za czem przemawiają obrazy histologiczne w ciąży i poza nią. Usprawiedliwioną więc wyda się myśl, że płat przedni nie jest tu bez znaczenia. Nasuwa się przypuszczenie, że wydzielanie płatu przedniego ulega w płacie nerwowym pewnej przeróbce, może pod wpływem jakiegoś fermentu, i że tak dopiero zmieniona wydzielina posiada w całej pełni działanie swoje fizyologiczne.

Piśmiennictwo. 1) Biedl A.: Innere Secretion. — 2) Bell: The British. med. Jour. 1909. XII. — 3) v. Bagger-Järgersen: Pituitrin als wehentreibendes Mittel. Zentrbl. f. G. 1911. s. 1305.— 4) Bab: Über einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie. Zentrbl. 1911. s. 1378. — 5) Pituitrin als gynaek. Stypticum. 1911. Münch. med. Woch. — 6) Braun: Münch. m. Woch. 1912. Nr 16. — 7) Cohn A.: Münch. med. Woch. 1910. Nr 28. — 8) Frankl-Hochwart u. A. Fröhlich. Zur Kenntniss der Wirkung der Hypophysis. Wiener kl. Woch. Nr 27. — 9) Friess H.: Pituitrin als wehenerregendes und wehenverstärkendes Mittel. Münch. m. Woch. 1911. Nr 46. — 10) Foges A. u. Hoffstätter R. Zentrbl. f. Gynäk. u. Geburts. 1910. Nr 46. — 11) Fischer B: Münch. med. Woch. 1911. Nr 9. — 12) Fischer: Pituitrinwirkung in 50 Geburts-Fällen. Zentrbl. 1912. Nr 1. — 13) Frikner: Das Pituitrin u. seine wirksame Bestandteile. Münch. med. Woch. 1912. Nr 16. — 14) Gottfried: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentr. f. G. u. G. 1911. Nr 14. — 15) Hofbauer: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zentr. f. G. u. G. 1911. Nr 4. — 16) Hamm A.: Über ein neues Wehenmittel. Münch. med. Woch. 1911. Nr 2. — 17) Hoffstätter: Die Therapie der Blutungen post partum. Zentr. f. G. u. G. 1911. s. 137. — 18) v. Herff u. L. Hell: Secacornin oder Pituitrin unter der Geburt. Münch. med. Woch. 1912. Nr 3. — 19) Hager A.: Pituitrin als Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Übertragung der Frucht. Zent. f. G. u. G. 1912. Nr 10. — 20) Hofbauer. Pituitrin u. Digitalis in der geburts. h. Praxis. Monatsch. f. G. u. G. XXXIV. H. 3. — 21) Hirsch: Pituitrin in der Geburtshilfe. Münch. med. Woch. 1912. Nr 18. — 22) Jäger F.: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Münch. med. Woch. 1912. Nr 1. — 23) Krömer: Pituitrin als Vorbereitung zum Kaiserschnitt u. als Mittel gegen Wehenschwäche. Zent. f. G. u. G. 1911. Nr 39. — 24) Kehrer E. Wehentätigkeit des Hirnanh. Zentr. f. G. u. G. 1911. s. 1006. — 25) Klott B.: Münch. med. Woch. 1911. Nr 21. — 26) Neu: Münch. m. Woch. 1911. Nr 11. — 27) Neu: Archiv. f. G. u. G. 1908. — 28) Neu: Über einen durch Pituitrin günstig beeinflussten Fall von Osteomalakie. Zent. f. G. u. G. 1911. s. 1230. — 29) Nagy: Wehenerregung u. Wehenverstärkung von Pituitrin. Zent. f. G. u. G. 1912. s. 289. — 30) Pfeifer: Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Zent, f. G. u. G. 1911. Nr 22. — 31) Pel: Wiener klin. Woch. 1909. Nr 27. — 32) Ross: Extractum hypophysis als Mittel zur Anregung der Wehentätigkeit. Zent. f. G. u. G. 1911. Nr 31. — 33) Riedl: Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht zu empfehlen. Münch. med. Woch. 1912. Nr 11. — 34) Schmidt: Über die Anwendung von Pituitrin u. Pantopon in der Geburtshilf. Gyn. Runds. 1911. s. 563. — 35) Stiasny: Eine neue Indikation zur Anwendung des Pituitrin. Gyn. Runds. 1911. 496. — 36) Schäfer: Erfahrungen mit Pituglandol. Münch. med. Woch. 1912. Nr 2. — 37) Stern: Wehenverstärkung u. Wehenerzeugung durch Pituitrin. Zent. f. G. u. G. 1911. — 38) Schiffmann: Pituitrin als wehenerzeugender Mittel. Wiener kl. Woch. 1911. Nr. 10. — 39) Zakrzewski-Antecki: Pituitryna i jej zastosowanie w położn. Przegląd chir. i ginek. T. VII. Z. II. 1912.

Oceny i sprawozdania.

Dr Eugeniusz Osiński. **Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie r. 1907, oraz spółczesny stan wiedzy o tej sprawie chorobowej.** Warszawa 1912, stron. 220, z 1 rysunkiem kolorowym, 2 tablicami i 16 krzywemi.

Książka ta jest odbitką z »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« za rok 1911 i 1912. Autor bardzo skrzętnie zestawia wszystkie najnowsze spostrzeżenia i badania doświadczalne, poczynione przez najrozmaitszych autorów nad gorączką powrotną i w świetle tych danych przedstawia własne spostrzeżenia i cyfry, odnoszące się do epidemii gorączki powrotnej. która grasowała w Warszawie w roku 1907. Po wstępnych uwagach i ogólnych datach epidemiologicznych zatrzymuje się autor na obrazie klinicznym gorączki powrotnej i rozbiera poszczególne stałe i niestałe objawy tej choroby. Osobno omawia przebieg gorączki powrotnej u dzieci, reinfekcyę, postacie poronne i ciężkie, oraz zakażenia mieszane. Szczegółowo rozpatruje autor dyagnostykę kliniczną i serologiczną, omawia rokowanie i śmiertelność, oraz leczenie ze szczegółowem uwzględnieniem literatury i nowszych prac nad salwarsanem. Pracę tę cechuje bardzo znaczna sumienność spostrzeżenia i rzeczowość oraz realne oparcie się na faktach, a liczne tablice i zestawienia przyczyniają się w znacznym stopniu do podniesienia naukowej wartości tej monografii. Dr M. Blassberg.

Dr Josef Kowarschik. **Die Diathermie.** Berlin 1913. VI + 136 str.

W diatermii (termopenetracyi) używamy prądów o napięciu kilkuset wolt, sile do 3 amperów i o zmianie kierunku prądu 1—3 milionów na sekundę. Dzięki tej szybkości zmiany, prądy te nie wywołują podrażnień nerwowo-mięśniowych, a przebiegając przez ciało i pokonując opór tkanek, wywiązują w nich ciepło i jako takie są odczuwane.

Diatermię stosuje się: 1) miejscowo, 2) na całe ciało, i 3) jako t. zw. »elektrokoagulacyę« w chirurgii.

Do diatermizowania miejscowego używa się giętkich, zwilżonych słoną wodą elektrod, które powinny dobrze przylegać i nie mogą być odejmowane od ciała podczas zabiegu. W miejscu zastosowania prócz podwyższenia ciepłoty stwierdza się przekrwienie czynne i miejscową hyperleukocytozę. Diatermia posiada wybitną własność uśmierzania bólów, tak n. p. po diatermizowaniu stawu w stanie zapalnym znika bolesność i wywołane nią ograniczenie ruchów. Doświadczalnie przekonano się, że dwoinki wiewiórowe, przecinkowce cholery i pneumokoki, uprzednio wprowadzone do diatermizowanego później przez pół godziny stawu kolanowego królika, bardzo znacznie tracą na swojej żywotności. Do leczenia diatermią nadają się: zapalenia stawów i pochewek ścięgien (monarthritis i tendovaginitis rheum. ac. i subac., gonorhoic. ac. i traumatica); ostre napady dny, zapalenia okostnej, stłuczenia kości, bolesna kostnina po złamaniach kości; bóle mięśniowe (myalgiae) i nerwobóle, przełomy wiądowe; trudno wsysające się wysięki opłucne, dychawica oskrzelowa i dusznica bolesna, niektóre nie poddające się leczeniu wady serca (poprawa przez zwiększenie wydzielania moczu — Rautenberg); wiewiór cewki moczowej, podostre zapalenia najądrza; cierpienia przydatków macicy, nacieki około- i przymaciczne. Diatermię miejscową stosują też dla uczulenia tkanek nowotworowych przed naświetlaniem promieniami X.

Przez połączenie przyrządu do diatermii z t. zw. łóżkiem kondensacyjnem, kąpielą czterokomorową lub dużym solenoidem otrzymać możemy podwyższenie ciepłoty całego ciała. W pierwszem zestawieniu przy 3 amp. prądu spostrzegano u człowieka po 10—20 min. podniesienie ciepłoty w odbytnicy o 0·2—0·4° C. Przez rozszerzone naczynia skóry, obfite pocenie się, przyspieszenie tętna i częstsze oddychanie, duża ilość ciepła zostaje oddana na zewnątrz. Ciśnienie krwi z początku obniża się, później wraca do poziomu prawidłowego lub podnosi się. Wchłanianie tlenu i wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego zmniejsza się; produkcya ciepła przez utlenianie częściowo zo-

staje zastąpiona przez ciepło diatermii. Na układ nerwowy działa diatermia uspokajająco, sprowadza pożądany sen. Dotychczas nie została wyzyskana do celów leczniczych; można od niej oczekiwać poprawy przemiany materyi w charłactwie i podobnych stanach.

Dla celów »elektrokoagulacyi«, »elektrokaustyki« lub »zimnej kaustyki«, używa się bardzo małych platynowych lub pozłacanych elektrod, które nie rozgrzewając się, wywołują martwicę niepożądanych tkanek. Metoda ta znalazła zastosowanie w małej chirurgii (pozostawia małą, płaską bliznę) i w usuwaniu dużych, nienadających się już do operacyi nowotworów. Spostrzegano też po elektrokoagulacyi szybkie zagojenie się długotrwałego owrzodzenia na palcu, wywołanego promieniami rentgenowskimi.

Książka Kowarschika jest pierwszą monografią o diatermii. Adolf Czajkowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Käsbohrer. **Miejscowe trwałe znieczulanie przy cierpieniach chirurgicznych, osiągnięte przez powierzchowne stosowanie leków.** (Inaug. Dissert. 1913. Monachium). K. głównie omawia skuteczne znieczulające działanie cykloformu w postaci zasypki lub maści 5—10%. Do tego leczenia nadają się następujące cierpienia: wrzody wszelkiego rodzaju, zwłaszcza wrzody goleni, szczeliny odbytu, rany zakażone, oparzenia, róża, guzy krwawnicze, odmrożenia, odleżyny, przetoki i t. p. Na ziarninę działa cykloform również korzystnie. Czasem spostrzega się po stosowaniu tego środka chwilowe podrażnienie ew. ból piekący, który prędko mija. Znieczulenie jednak jest potem bardzo długie. Natomiast nie działa cykloform pewnie na błonach śluzowych. Nawet w większych ilościach stosowany, nie wywołuje cykloform nigdy objawów zatrucia. K.

Kuhn. **Wlewania cukru, środek zapobiegający zakrzepom.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 122. I—II). Rozczyny cukru mają własność wstrzymywania krzepnięcia krwi. Ponieważ prócz tego cukier ma własności odżywcze, antytoksyczne i podnoszące ciśnienie krwi, przeto dodatek jego nadaje się znakomicie do wlewań rozczynu soli kuchennej, co zarazem zapobiega tworzeniu się zakrzepów np. po operacyach. Skład płynu do wlewań, polecony przez Kuhna, jest następujący: Dextros. 4,0. Natrium saccharat. Calcium saccharat. aa 0,04. Natrium chlorat. 0,85. Aq. dest. 100,0. K.

Perutz. **O mleczanie glinowym, nie rozkładającym się środku zastępczym octanu glinowego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 23). Octan glinowy łatwo się psuje, podobnie alsol i alnerrol. Zamiast nich poleca Perutz mleczan glinowy (aluminium lacticum), środek równie dobrze działający, a trwały. Do okładów nadaje się w rozczynie ½—2%. Gdy sprawia palenie, trzeba go jeszcze rozcieńczyć. Nie jest trujący, rozczyn i po miesiącach pozostaje przeźroczysty; można go nawet gotować bez szkody. K.

Loewe. **O wszczepianiu skóry w miejsce plastyki wolnej powięzi.** (München. med. Wochenschrift, 1913, Nr 24). Z dotychczasowych materyałów, używanych do plastyki, największe wzięcie zyskała powięź, odkąd upadło dawniejsze zapatrywanie, że jest ona szczególnie skłonną do obumierania i zakażenia. Niestety nie zawsze możemy wziąć dość tej powięzi i to w najbliższem sąsiedztwie miejsca operacyi. Najodpowiedniejszym materyałem byłaby skóra, lecz tutaj znów wstrzymywała chirurgów obawa, że skóra w głębi się nie wgoi, a dalej, że nie można jej dokładnie odkazić. L. na podstawie swych doświadczeń i operacyi na ludziach zrywa z tym przesądem. Wszczepiał on z dobrym skutkiem skórę w głąb (przepukliny, łączenia ścięgien pasami skóry i t. p.). Skórę bierze z sąsiedztwa rany, zeskrobuje ją nożem od strony naskórka, a nożyczkami ze spodu uwalnia od tłuszczu, potem jodynuje i używa do plastyki. K.

Werner. **Leczenie nowotworów substancyami promieniotwórczemi.** (60 zebranie lekarzy Nadrenii. Bad Kreuznach. 1913, Maj). Stosujemy obecnie w leczeniu głównie emanacyę radu, mesotor i tor x, sole radu i mesotoru zewnętrznie, zaś tor x i emanacyę radu wewnętrznie (w postaci wstrzykiwań śródżylnych i śródnowotworowych). Dawniej stosowano wszystkie promienie, obecnie zaś promienie x stosuje się tylko wyjątkowo przy guzach owrzodziałych. Dawki znacznie się zwiększyły. Dawniej np. stosowano 20 do 30 mg. 2—3 godzin, obecnie 60—80 mg. tygodniami, a przy wstrzykiwaniach dawniej 1000—2000 M—E, obecnie 1—5 milionów M—E. Wysokie dawki mogą jednak wywołać poważne zaburzenia, jak limfopenię, zmiany w szpiku kostnym, ciężkie zaburzenia jelitowe, a nawet śmierć. Substancye promieniotwórcze działają na nowotwory, wywołując w nich zanik, rozpłynięcie (może wywołać przerzuty), zgorzel (może wywołać zatrucia, krwotoki). Przy rakach skórnych osiąga się 90% wyleczeń, przy nowotworach podskórnych 10—12%; przy nowotworach, dawniej uważanych za nieuleczalne, uzyskuje się w 10—12% poprawę, równą wyleczeniu. Zupełnego zniknięcia nowotworu nie należy jednak uważać za całkowite wyleczenie i trzeba zawsze mówić o polepszeniach, a nie wyleczeniach. K.

Hildebrand. **Przyczynek do chirurgii tylnej jamy czaszki na podstawie 51 operacyi.** (Arch. f. klin. Chir. 100 III.). Guzy śródmóżdżkowe cechują: bóle głowy, wymioty, tarcza zastoinowa, zawroty, pozamóżdżkowe zajęcie nerwu trójdzielnego, odwodzącego, twarzowego i słuchowego, zaburzenia artykulacyi, fonacyi, połykania. H. zaleca operacyę dwuczasową. Pierwsza w znieczuleniu miejscowem, następna w uśpieniu. Tak zwane surowicze zapalenie opon nie daje typowych objawów, wynik operacyjny bywa zwykle niezły. Wodogłowie wewnętrzne może także żywo przypominać guz móżdżku. Nieraz także trudno odróżnić klinicznie guz móżdżku od guza w płacie czołowym po stronie przeciwnej. Z własnych 51 przypadków u 28 chorych uzyskał H. wyleczenie bezpośrednie. Śmiertelność jednak jest jeszcze duża, a pewność rozpoznawcza mała. K.

Heitmüller. **O złamaniu szczęk i jego leczeniu.** (Tow. lek. Drezno. Marzec 1913). H. omawia złamania szczęki, wydarzające się przy nieoględnych wyjmowaniach zębów, dokonywanych złemi narzędziami (klucz, wiertacz Partscha i t. p.), dalej złamania t. zw. samoistne (kiła, nowotwory, gruźlica, zapalenie szpiku i t. d.) i urazowe. Badanie promieniami Röntgena ułatwia obecnie bardzo badanie i leczenie. Rokowanie przy współdziałaniu chirurga i dentysty jest obecnie bardzo pomyślne. Postrzały (na wojnie) szczęk, nawet karabinowe, wywołują zwykle strzaskania, które goją się trudniej. Co do leczenia podnosi H., że wszelkie opatrunki zewnętrzne mogą spełnić swoje zadanie jedynie w razie małego przesunięcia się kości i jako opatrzenie prowizoryczne. Szew kostny stosować trzeba przy dużem przesunięciu, w razie braku zębów (chociaż i wtedy można dobrze zapomocą szyn kauczukowych i umocowania do szczęki górnej utrzymać odłamki w należytem położeniu), dalej przy strzaskaniach na wojnie, a wreszcie, gdy dentysty nie ma. W przypadkach strzaskania na drobne odłamki wyjmuje się je i wszczepia w ich miejsce kość lub szynę aluminiową. Związywanie zębów może być stosowane tylko przez krótki czas, bo rychło dołącza się podrażnienie dziąseł i zęby stają się tkliwe. Przy robieniu szyn należy modelować je w razie złamania i przesunięcia według drugiej szczęki, by zwarcie pozostało potem dobre. Nadto używamy jeszcze do leczenia złamań żuchwy różnych równi pochyłych i saneczek, celem zesuwania odłamków w miejsce należyte. Nawet złamania zadawnione udaje się czasem leczyć w ten sposób. Leczenie złamań szczęki górnej jest znacznie prostsze. K.

Kuttner. **Obcięcie czy wycięcie migdałków.** (Med. Klinik, 1913, Nr 21). Co do znaczenia migdałków panują różne jeszcze zapatrywania. Jedni uważają je za narząd bardzo potrzebny, inni za źródło licznych chorób, jak gośćca, zapalenia nerek, wyrostka robaczkowego, płuc, spraw septycznych i t. p. Także co do leczenia migdałków schorzałych zdania są podzielone. Jedni polecają obcięcie, inni, zwłaszcza w nowszych czasach, zupełne wyłuszczenie, a są i tacy, którzy zadowalniają się leczeniem miejscowem w postaci wypalań, otwierania zaułków i zatok i t. p. K. stoi na stanowisku pośredniem i twierdzi, że w wielu przypadkach obcięcie, ale nie przyrządami automatycznymi, lecz nożem, oddaje zupełnie wystarczające usługi; natomiast wycięcie, zabieg większy i wywołujący poważniejsze kilkudniowe przypadłości, stosuje K. wtedy, gdy schorzenie migdałków pociąga za sobą poważniejsze cierpienie, migdały leżą głęboko i obcięcie jest niemożebne. Zaprzeczyć się nie da, że obcięcie daje zwykle zupełnie dobry wynik, a jest zabiegiem dla chorych bez porównania lżejszym. Leczenie zachowawcze migdałków stosuje się u chorych, bojących się operacyi, u krwawców, u chorych na serce i podupadłych w odżywieniu. K.

Bauer. **Postępy w klinice schorzeń gruczołu tarczowego.** (Beihefte zur Med. Klinik, 1913, V). W szczegółowej monografii omawia autor najnowsze zapatrywania na cierpienia gruczołu tarczowego. Zwraca więc uwagę na związek gruczołu z innymi gruczołami ustroju, wyniki całkowitego usuwania gruczołu, brak wrodzony lub stan zanikowy, schorzenia i t. p. Schorzenia dzieli autor nie według stopnia powiększenia gruczołu, względnie zwiększonej jego czynnności, lecz na t. zw. hypotyreozy, tyreotoksykozy, względnie dystyreozy, t. j. schorzenia, mające za tło wadliwe jakościowo, lecz nie ilościowo wydzielanie. Szczegółowo omawia autor zmiany krwi przy tych cierpieniach, matołectwo, obrzęk śluzowaty, wole, chorobę Chagasa (ostre zapalenie gruczołu epidemiczne), dalej stany infantylizmu, mongolizmu, matołectwa, geroderma genitodistrofico (wczesne starzenie się), dalej chorobę Basedowa i jej odmiany, następowe tyreozy (w ciąży, po trzebieniu, używaniu jodu, nerwowe) W końcu rozpatruje krytycznie dotychczasowe leczenie przy wspomnianych cierpieniach, jak organoterapię, leczenie operacyjne, klimatyczne, rentgenowskie, wpływ jodu i t. p. K.

Dermatologia i syfilidologia.

Serkowski i Wiśniewski. **O bodźcach zakaźnych łuszczycy.** (Now. lek. 1913 zesz. 3). Autorowie uważają za właściwy bodziec łuszczycy wykryte przez siebie zarazki, przesączalne przez świece Berkefelda. Są to drobniutkie ziarenka, widzialne tylko ultramikroskopowo. Przesącz, otrzymany przez świecę Berkefelda i zgęszczony w woreczku kolodyonowym, wywołuje u ludzi typową łuszczycę. Przy ogrzewaniu przesączu zarazki giną; samoistnych ruchów nie posiadają. Ultramikroskopowo mają pewne podobieństwo do ciałek Paschena, znalezionych w pęcherzykach ospowych. W czasie przebywania łuszczycy dzieci nie są wcale odporne na nowe zakażenie i łatwo można zapomocą przesączalnego wyciągu wywołać nowe zakażenie. Okres wylęgania trwa 10—14 dni. H. S.

Bradfeld. **Zapalenia cewki nie wiewiórowej przyrody.** (Med. Klinik 1913 Nr 6). Przyczyny tej postaci zapalenia cewki mogą być chemiczne, mechaniczne, termiczne i bakteryjne. Zapalenia pochodzenia chemicznego mogą być wywołane przez środki zapobiegające zakażeniu przy spółkowaniu, także przez środki stosowane przy samym wiewiórze, jednak za długo i w zbyt znacznem zgęszczeniu. Wstrzykiwania kwasu karbolowego, sublimatu, nalewki jodowej i alkoholu również wywołują zapalenia cewki. Cechą charakterystyczną, a zarazem różniczkową jest to, że te zapalenia występują bezpośrednio po wstrzyknięciu powyższych środków, że więc niema okresu utajenia i że te zapalenia ustępują same, lub pod wpływem okładów. Mechanicznemi przyczynami zapalenia cewki bywają zranienia przez niestosowne cewnikowanie, dalej wskutek przejścia przez cewkę odłamków kamieni nerkowych i pęcherzowych spiczastych, wreszcie wprowadzenie celem masturbacyi różnych przedmiotów do cewki. Co do bakteryjnego pochodzenia, to znane są zapalenia i nieżyty cewki, wywołane przez spółkowanie z kobietą miesiączkującą lub cierpiącą na upławy; tu też należą nieżyty cewki i wycieki, pochodzące stąd, że w cewce usadowił się wrzód miękki lub twardy. Możnaby też tu zaliczyć śluzotok, pochodzący ze zbyt długiego podrażnienia płciowego, szczególnie u osobników, co przeszli wiewiór lub uprawiali samogwałt. Mondschein.

Portner. **Zwężenia cewki.** (Med. Klinik 1913 Nr 1—2). Przyczyną zwężenia bywa najczęściej wiewiór, rzadko uraz. Siedziba najczęściej przy opuszce cewki, przed częścią błoniastą, rzadko przy ujściu cewki. W części sterczowej zwężenia prawie nigdy się nie zdarzają. Należy zwężenie odróżnić przedewszystkiem od skurczów zwieracza, które pojawiają się u chorych nerwowych, alkoholików, onanistów. Za wprowadzeniem cewnika metalowego (Charriere 20) ustępuje skurcz, zwężenie zaś nie. Autor zaleca najbardziej powolne rozszerzanie zwężenia, rzadko szybkie, nader rzadko rozcięcie cewki. Instrumentaryum jego składa się ze świeczki z oliwką (Charriere 1—5 = bougie filiforme), dalej świeczki z oliwką jedwabną (Charriere 6—13), świeczki jedwabnej wewnątrz wypełnionej ołowiem, która, jako cięższa, jest tem skuteczniejsza, (Charriere 14—20), wreszcie zgłębników metalowych z długiem zgięciem Dittla (Charriere 19—26); zgięcia Guyona nie nadają się do zwężeń. Najpierw znieczula P. przednie części cewki, wstrzyknąwszy do niej 10 cm^3 2% rozczynu nowokainy z dodatkiem 10 kropel suprareniny, który zostawia przez 10—15 minut. By stwierdzić stopień zwężenia, wprowadza się najpierw świeczkę Nr 14, jeśli zaś ona nie przejdzie przez zwężenie, wprowadza się coraz cieńsze świeczki, aż jedna z nich wreszcie przejdzie. Tę świeczkę zostawia się przez 1—3 minut w cewce. Wprowadzenie świeczki ułatwia się 1) przez znieczulenie przedniej części cewki, 2) przez naciągnięcie członka, 3) przez dobre natłuszczenie świeczki, (receptę na środek natłuszczający podaje P. następującą: »Rp. Tragacanth. 2,5, Glycerin. 10,0, Hydrarg. oxycyan. 0,2, Aq. destill. do 100,0, Mf pasta mollis, sterilisetur«), 4) przez wysokie ułożenie miednicy, podłożywszy twardą poduszkę czy wałek.

Jeśli manipulacya z wprowadzeniem zgłębnika dłużej trwała, należy choremu podać tabletkę chininy (0'5), by zapobiedz następowej gorączce. Gdy krew się nie pokazała, należy następnego dnia wprowadzić tęsamą świeczkę, potem numer następny, który zostawia się na 5 minut. W razie krwawienia należy zrobić jedną do dwudniowej przerwę. Odtąd wprowadza się zgłębniki codzień (naturalnie w razie braku krwawienia i gorączki) na 5 minut, aż przejdzie świeczka Nr 14 Charriere. Odtąd zgłębnikuje się co 2—3 dzień i to coraz o jeden numer wyżej aż do Nr 20 Charriere, a używa się tu od Nr 14 do Nr 20 świeczek ołowiem napełnionych, jako cięższych. Od 20 Charriere zaczyna się wprowadzać szereg zgłębników metalowych, które zastawia się na 10—15 minut w cewce; leczenie należy uważać za skończone z chwilą wprowadzenia zgłębnika Nr 26, ale i wtedy każe się choremu, by się zgłaszał raz czy dwa razy na miesiąc, przyczem wprowadza mu się zgłębnik Nr 20 na 15 minut.

Jeśli zwężenie jest bardzo znaczne, wtedy wprowadza się kilka świeczek nitkowatych, a gdy jedna z nich przeszła, zostawia się ją, umocowawszy przylepcem do członka, na 24 godzin, przyczem mocz odchodzi kroplami obok i wzdłuż świeczki. Po całej dobie zaczyna się dopiero leczenie w powyższy sposób. W razie drogi fałszywej zaprzestaje się zgłębnikowania na osiem dni, jeżeli chory potrafi oddawać mocz, w przeciwnym razie próbuje się zapomocą wiązki świeczek nitkowatych przejść przez zwężenie: wtedy

3—4 świeczki zatkają fałszywą drogę, czwarta lub piąta zaś przejdzie i pozostaje w cewce do 48 godzin.

W razie nieudania się zgłębnikowania należy przedsięwziąć nakłucie pęcherza. Mondschein.

L i l i e n t h a l i C o l m. **Leczenie poronne wiewióra.** (Med. Klinik 1913, Nr 7). O leczeniu poronnem wiewióra pisano już wiele w ostatnich latach. Finger jednak, jak również Casper i Wossidlo, są stanowczymi przeciwnikami leczenia poronnego twierdząc, że przez stosowanie energicznego leczenia poronnego, w okresie najżywszego zapalenia wyrządza się choremu wielką krzywdę, narażając go na wprost nieobliczalne następstwa. L. i C. są natomiast innego zdania i twierdzą, że w przypadku świeżym prawdziwego wiewióra (wykazanie dwoinek Neissera), gdzie wystąpiły dopiero pierwsze objawy, wyciek z cewki jest śluzowo-ropiasty, pierwsza część moczu lekko mętna, a dwoinki jeszcze po wielkiej części leżą pozakomórkowo, — tam zastosowanie leczenia poronnego w wielu przypadkach wydaje dobre wyniki. Warunkiem ich jest jednak brak wszelkich powikłań. Przez leczenie poronne rozumie L. i C. wyleczenie w ciągu trzech dni. W przypadkach, w których jeszcze w czwartym dniu leczenia stwierdzi się gonokoki, leczenie poronne nie powiodło się. Dawniej stosowano celem poronnego leczenia azotan srebrowy w rozmaitych rozczynach, nie działa on jednak skutecznie, pominąwszy już, że z powodu swego żrącego działania bardzo wielkie choremu sprawia dolegliwości. Przepłukiwania (przyrządem Janeta) rozczynem nadmanganianu potasowego okazały się bezskuteczne. W nowszych czasach stosuje Kyan ze skutkiem rozmaitym t. zw. termopenetracyę, wychodząc z założenia, że dwoinki Neissera giną przy ciepłocie 39°.

L. i C. stosują protargol pierwszego dnia w 4% rozczynie, do którego dodają kilka kropel 1% rozczynu alypiny, albo i bez tego dodatku. Rozczyn ten wstrzykuje się zapomocą strzykawki wiewiórowej, zatrzymuje w cewce 4 minuty, poczem powtarza się to jeszcze dwa razy po sobie bezpośrednio. Drugiego i trzeciego dnia powtarza się tożsamo, ale posługując się rozczynem o 1% silniejszym, poczem przerywa się leczenie bez względu na to, czy to leczenie poronne udało się, czy nie. Prawie w połowie przypadków nie znajdował autor drugiego już dnia dwoinek. Na 95 w ten sposób leczonych przypadków powiodło się w 45 osiągnąć zupełne wyleczenie z ustąpieniem zarówno klinicznych, jak i drobnowidowych objawów wiewióra. Autor nie zauważył żadnych powikłań, z wyjątkiem zdarzającego się czasem obrzęku napletka.

Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

94. Ogólne Zebranie dnia 26. kwietnia 1913.

Obecnych członków 19, gości 2.

Przed porządkiem dziennym kol. R a s z k e s przedstawił dwa przypadki **ciąży zewnątrzmacicznej** w prawym jajowodzie. I. W pierwszym przypadku rozpoznanie było bardzo łatwe, gdyż wywiady i badanie dwuręczne wskazywały na ciążę jajowodową prawostronną. II. Natomiast w drugim przypadku ani wywiady, ani badanie nie wskazywały na ciążę zewnątrzmaciczną. Tylko zapad, który wystąpił nagle, wyjaśnił rozpoznanie. Obydwa przypadki były operowane przez kol. R. drogą cięcia brzusznego. Wyzdrowienie. III. Dalej przedstawił kol. Raszkes przypadek dużej **torbieli lewego jajnika** (adenoma malignum), operowany drogą brzuszną. Zgojenie doraźne. Wyzdrowienie. IV. Przypadek **raka obu jajników** (carcinoma ovariorum cysticum, partim medullare). Oba guzy były zrośnięte z jelitami, pęcherzem moczowym i macicą. Gojenie się rany było prawidłowe; chora jednak zmarła w sześć tygodni po operacyi wskutek charłactwa. Rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem drobnowidowem, dokonanem przez kol. Kellerworma (preparaty przedstawił kol. Raszkes na posiedzeniu).

Na przewodniczącego Zebrania został wybrany kol. Kosicki, który wita gości pp. Wesołowskiego i Wojczyńskiego.

1) Kol. Przewodniczący proponuje kolegom pokrycie drogą składki po 1 rublu kosztów wydrukowania Ustawy Organizacyi zawodowej lekarzy ziemi Radomskiej w kwocie rb. 30, co zostało przez zebranych przyjęte.

2) Kol. F i d l e r wygłasza dalszy ciąg swej pracy: **Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej** (za lata 1908—1911).

95. Ogólne Zebranie dnia 31. maja 1913.

Obecnych 12 członków i 1 gość.

Kol. Fidler odczytuje nadeszłą korespondencyę, po załatwieniu której ogłasza wybory przewodniczącego Zebrania. Okazuje się, że większością głosów wybrano kol. Przyłęckiego.

Kol. F i d l e r: **Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej** (za lata 1908—1911 włącznie). (Dokończenie).

W dyskusyi przemawiał kol. Przyłęcki i inni.

Członek Zarządu sekretarz: Dr T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie zwyczajne dn. 20. III. 1913 r.

Obecnych członków 31. Przewodniczy B. Knothe.

1) A. M o d r z e w s k i: **Antygeny nieswoiste i modyfikacya M. Stern przy odczynie Wassermanna.** Od

dwóch lat przeszło, t. j. od kiedy M. wykonywa odczyn Wassermanna z trzema antygenami, jeden z nich był zawsze nieswoisty. Zwykle był to antygen, przygotowany według Lessera. W ten sposób zbadano przeszło 1000 surowic zapomocą 20 swoistych i nieswoistych antygenów. Były to przeważnie surowice chorych na kiłę, już leczonych w ten lub inny sposób. Z antygenami swoistymi odczyn wykonano 2156 razy: z wynikiem dodatnim w 716 (33·2%), z wynikiem niepewnym 139 (6·5%), z wynikiem ujemnym 1301 (60·3%): z antygenami nieswoistymi odczyn wykonano 1070 razy, z wynikiem dodatnim w 400 (37·4%), niepewnym 60 (5·6%), ujemnym 110 (57·0%).

Porównując te cyfry, musimy dojść do przekonania, że antygeny nieswoiste nietylko nie ustępują swoistym, lecz są nawet czulsze, (33·2% i 37·4% wyników dodatnich). Jeżeli jeszcze nasze wyniki dodatnie rozdzielimy na dwie części: wybitnie dodatnie (t. j. 5 i 4 plusy) i dodatnie wraz ze słabo dodatnimi (3, 2 i 1 plus), to i tu przewaga także pozostaje na stronie nieswoistych antygenów (antygeny swoiste dały 69·8% pierwszej kategoryi i 30·2% drugiej kategoryi: antygeny nieswoiste 70·0% pierwszej i 23·0% drugiej kategoryi).

M. podkreśla, że pomimo zbadania blizko 2000 surowic, ani razu nie udało mu się widzieć wybitnie dodatniego odczynu w surowicy niekiłowej (z wyłączeniem jednego przypadku trądu). Jeżeli nawet czasem otrzymywał częściowe zahamowanie hemolizy z którymkolwiek antygenem, to zawsze okazywało się, że był to błąd techniczny. Nie można było tego powiedzieć o wynikach ujemnych. Otrzymywano je czasem, co prawda bardzo rzadko, tam, gdzie były widoczne zmiany kiłowe, a to zmusiło M. do poszukiwania takich modyfikacyi odczynu Wassermanna, któreby były czulsze od klasycznego odczynu. Opierając się na danych piśmiennictwa i zdaniu kliniki Neissera, wybrał on modyfikacyę Margarety Stern.

Dla zrozumienia, na czem polega modyfikacya M. Stern, M. zwraca uwagę na przedstawione tablice, z których widać, jaka najmniejsza ilość surowicy (komplementu) niektórych zwierząt jest potrzebna do zupełnej hemolizy jednakowej ilości krwinek przy jednej i tej samej ilości stosowanego amboceptora. M. przeprowadzał badania z dwoma amboceptorami (surowica królicza) dla krwinek barana i krwinek kurzych. Dla hemolizy 0·5 ct. sz. 5% rozczynu krwinek barana przy nadmiarze amboceptora (2—3 dawki) potrzeba 0·01 świeżej surowicy żabiej, 0·02 świnki morskiej, 0·075 ludzkiej, 0·10 króliczej, 0·2 kurzej i świni domowej. Surowica barana, wołu i, zdaje się, konia nie uczula tego amboceptora w żadnej ilości.

Z amboceptorem dla krwinek kurzych przy użyciu tych samych ilości z wyłączeniem rozcieńczenia krwinek kurzych 1:40 (2·5%), stosowanego przez M., wyniki wypadły tak, że surowica żabia w ilości 0·05, morskiej świnki — 0·075, królika, barana, wołu i świni domowej 0·1 i końska w ilości 0·4, dawała hemolizę 0.5 c. sz. zawiesiny krwinek kurzych. Krew kurza nie uczulała amboceptora w żadnej ilości.

Z przytoczonych faktów wypada, że nie każda surowica zawiera komplementy, stosowne dla wszystkich amboceptorów i że tu widoczne są nawet pewne prawa, np. surowica krwi barana (wołu i konia) nie zawiera komplementu dla hemolizy krwinek baranich, a surowica kurza dla hemolizy amboceptora krwinek kurzych. Ilość jednowartościowych komplementów nie jest także jednakowa. Surowica ludzka np. posiada 3—4 razy mniej komplementu hemolitycznego dla krwinek barana, niż surowica świnki morskiej. Tem się tylko tłómaczy większa czułość modyfikacyi M. Stern, niż klasycznego odczynu.

Według modyfikacyi M. Stern zbadano 432 surowice, z tych 54·4% z wynikiem dodatnim. Jeżeli to porównamy z klasycznym odczynem, dającym 33·2—37·4% wyników dodatnich, to niezaprzeczenie modyfikacya M. Stern jest czulszą. Jest ona nawet zanadto czułą, bo, jak to stwierdziła jej autorka, wypada ona dodatnio nawet tam, gdzie nie było kiły. Lecz za to u referenta wynik odczynu ani razu nie wypadł ujemnie tam, gdzie było chociaż najmniejsze podejrzenie co do czynnego przymiotu. Z tego wynikałoby, że tam, gdzie odczyn Stern jest ujemny, zmian przymiotowych już niema. Jeżeliby to okazało się prawdziwem, to modyfikacya M. Stern byłaby doskonałem uzupełnieniem klasycznego odczynu: bralibyśmy wtedy tylko w rachubę dodatni wynik klasycznego odczynu i ujemny wynik modyfikacyi M. Stern. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Nowiński pyta, jak właściwie lekarz ma oceniać stopnie, stawiane w analizach krwi. Co należy myśleć np. jeżeli odczyn Wassermanna wypada słabo dodatnio, a odczyn Marg. Stern wybitnie dodatnio. Czy wówczas trzeba przeprowadzić leczenie swoiste?

b) Weller: W płynie mózgowordzeniowym dodatni odczyn Wassermanna uważa się zawsze jako dowód zajęcia sprawą chorobową układu nerwowego. Zresztą przy czynnym przymiocie mózgowordzeniowym zdarza się odczyn dodatni rzadziej, niż przy parasyfilisie, tak że w pierwszym przypadku według rady Nonnego trzeba nieraz brać większe od zwykłych ilości materyału badanego, aby odczyn otrzymać. Tam, gdzie niema przymiotowych schorzeń ośrodków nerwowych, odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym wogóle nie występuje.

c) Tad. Dąbrowski zapytuje, czy statystyka referenta różni się pod względem odsetka dodatnich wyników od statystyki M. Stern?

d) Modrzewski: Słabo wybitny odczyn Wassermanna daje prawdopodobieństwo przebytego przymiotu; prawdopodobieństwo to zaś potwierdza wybitnie dodatni odczyn Stern, natomiast sam tylko dodatni odczyn M. Stern przy ujemnym odczynie Wassermanna prawdopodobieństwa takiego nie daje. Natomiast ujemny odczyn M. Stern zawsze prawie uważać można za dowód, że dany osobnik nie ma obecnie zmian przymiotowych. Co się tyczy odsetka dodatnich wyników w statystyce referenta w stosunku do takiegoż odsetka w statystyce Marg. Stern, to pierwszy jest nieco niższy (54·4%) od drugiego (65·9%), co się dostatecznie tłómaczy różnorodnością materyału.

2) K. Łowieniecki. **Ciężki przypadek grypy, leczony gwajakolem według metody Prof. Małkowa.**

Dyskusya. a) Piotrowska pyta o teoretyczne podstawy tego sposobu leczenia, a następnie o materyał statystyczny, zebrany przez jego zwolenników.

b) Wojciechowski: Dlaczego referent nazwał stosowane przez siebie postępowanie metodą Prof. Małkowa, — przecież gwajakolu używa się już oddawna w lecznictwie, — oraz czemu przypadek swój zatytułował grypą, kiedy sam dochodzi do przekonania, że była tam sprawa gruźlicza?

c) Piotrowski przypomina, że kreozot oraz jego pochodne, do których należy też gwajakol, oddawna już cieszą się opinią środków, działających korzystnie w gruźlicy płuc. Na oddziale Edw. Zielińskiego w Warszawie wszystkich gruźliczych leczą kreozotem, przyczem stwierdzić można obok wzmożenia się łaknienia także zwiększenie czynnika opsonicznego.

d) Nowiński nie uważa za rzecz dowiedzioną, iżby w przypadku referowanym polepszenie należało koniecznie przypisywać działaniu gwajakolu. Jak to często bywa, w podobnych razach poprostu przestały się tworzyć nowe ogniska nieżytowego zapalenia płuc i stan chorego się poprawił.

c) Januszkiewicz: Czy w danym przypadku polepszenie nastąpiło wskutek leczenia — niewiadomo. Przypadek wogóle nie jest zupełnie jasny. Np. mogła tu istnieć gruźlica gruczołów oskrzelowych, czego następstwem był wybitny odczyn Pirqueta, a oprócz tego nieżytowe zapalenie

płuc. W tej drugiej chorobie nastąpił przełom, który zaznaczył się poprawą łaknienia i wogóle stanu podmiotowego dziecka. Poza tem leczenie jest dość uciążliwe, głównie ze względu na zapach gwajakolu, towarzyszący chorym na każdym kroku, ma ono jednak też strony dodatnie, zwłaszcza, jeśli chodzi o chorych, nie mających czasu dużo myśleć o swem leczeniu. Apetyt pod wpływem gwajakolu w istocie zwykle się podnosi. Co się tyczy przypadku referenta, to składniej możeby było mówić o nim jako o gruźlicy, zwłaszcza, że sam referent ostatecznie za gruźlicę go uważa. W sprawie autorstwa metody, to chociaż gwajakol naskórnie stosowano dawniej, zasługą Małkowa jest wprowadzenie stosowania go pod szkiełkiem od zegarka.

f) Knothe: Małkow też stosuje naskórnie gwajakol przez czas względnie nader długi.

g) Koene widział powyżej omawiane leczenie, stosowane w szpitalu wojskowym mniej więcej w ciągu kilku miesięcy, na ogół bez widocznych rezultatów.

h) Nowaczek przyłącza się do zdania Nowińskiego i Januszkiewicza w sprawie zależności polepszenia w danym przypadku od leczenia gwajakolem, bo podobny przebieg zdarza się przy nieżytowych zapaleniach płuc bez wszelkiego leczenia. Również rozpaczliwe na pozór przypadki gruźlicy niekiedy także dają niespodziewane zwolnienia (remissio).

i) Łowieniecki: odpowiada, że zatytułował swój przypadek grypą dlatego, iż badanie plwocin, które chory wyrzucał w dużej ilości podczas choroby, nie wykazywało prątków gruźliczych, a dopiero podczas okresu zdrowienia wykonano odczyn Pirqueta, który wypadł wybitnie dodatnio. Metodą Małkowa nazwał referent opisany przez siebie sposób dla tego, że chociaż gwajakol stosowano już oddawna, to przecież sposób stosowania go naskórnie pod szkiełkiem zegarkowem wprowadził dopiero właśnie Małkow. Do twierdzenia, iż polepszenie w stanie dziecka należy przypisać leczeniu, uprawnia referenta ta okoliczność, że polepszenie stanu ogólnego oraz wybitne wzmożenie łaknienia, jak to już zaznaczono w referacie, wystąpiło już w kilka dni po rozpoczęciu leczenia, podczas gdy objawy przedmiotowe ze strony płuc oraz ciepłota przez czas dłuższy pozostawały prawie bez zmiany. Zresztą referent wygłosił swój wykład jedynie tylko w tym zamiarze, aby zachęcić kolegów do dalszych prób w tym kierunku.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Delegacya stała Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich zaprosiła na wiceprezesa Wydziału gospodarczego Zjazdu prof. Dr Stanisława Tołłoczkę. Prof. Dr Antoni Jurasz, jako prezes i prof. Dr Tołłoczko, jako wiceprezes, przystąpią obecnie do utworzenia Wydziału gospodarczego.

Zjazd odbędzie się we Lwowie za dwa lata, w r. 1915.

A. Gluziński, prezes Delegacyi.

S. Ciechanowski, wiceprezes. T. Janiszewski, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Wiekopomne dzieło Sniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Członkami zwyczajnymi Krajowej Rady zdrowia na najbliższą kadencyę mianowani zostali ze strony rządu: r. dw. prof. Dr Browicz, prez. Dr Festenburg, r. dw. prof. Dr Gluziński, prof. Dr Mars, prof. Dr Schramm, prof. Dr Sieradzki; ze strony kraju: dyr. Dr Kohlberger i insp. Dr Müller. Grono to ukonstytuowało się na posiedzeniu, odbytem we Lwowie 12. VII. b. r. pod przewodnictwem JE. Namiestnika Dr Korytowskiego, wybierając prezydentem Krajowej Rady zdrowia ponownie Dr Festenburga.

W liczbie nowomianowanych członków zwyczajnych Rady jest z poza Lwowa tylko jeden. W poprzedniej kadencyi było dwóch (jeden mianowany ze strony rządu, drugi ze strony kraju). Poraz pierwszy wchodzą do Rady prof. Dr Sieradzki (w miejsce prof. Dr Kučery, mianowanego członkiem Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu) i dyr. Dr Kohlberger (w miejsce dyr. Dr Mazurkiewicza).

Oprócz tego należą do Rady: krajowy referent sanitarny radca Dr Lachowicz i jako członkowie nadzwyczajni, dwaj delegaci Izb lekarskich: Dr Piaskiewicz i prof. Dr Ciechanowski.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu zwyczajnem w d. 12. VII. b. r. we Lwowie sprawą zwalczania czerwonki, sanatoryum w Tatarowie i rozszerzenia zakładu w Niemirowie.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Chełmicki ze Szczawnicy, Józef Żelazny z Mątwicy (Król. polskie), Barbara Landau i Adela Landau z Warszawy.

— Dr J. Papée (Lwów, Asnyka 3) objął na życzenie redakcyi »Dermatologische Zeitschrift« sprawozdania z polskich prac dermatologicznych i syfilidologicznych w tem czasopiśmie. Autorowie prac polskich z tego działu zechcą przeto nadsyłać odbitki pod podanym powyżej adresem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. VI. do 12. VII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych 2 † 2), krztuśca 14 † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 7 † 4 (13 † 1), odry 37 † 5, duru brzusznego 8 † — (4 † —), czerwonki 2, gorączki połogowej 1 † 1, róży 1 † — (2 † 2), tężca (2 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Na konkursie im. Dr Koczorowskiego otrzymali nagrody: Doc. Dr Koźniewski z Krakowa za pracę p. t. »Studya nad składem chemicznym bakteryi gruźliczych oraz innych t. zw. kwasoodpornych prątków«, doc. Dr Nowicki ze Lwowa za pracę p. t. »Apertura górna w świetle badań anatomicznych i stosunek jej do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego« i Dr St. Mutermilch z Paryża za pracę p. t. »Adsorbcyjna teorya anafilaksyi«. (Gaz. lek. 28).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 7. VII. do 14. VII. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 2 † —, duru wysypkowego 1 † —, róży —, czerwonki —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w Pradze na Zielone Swiątki 1914 (29. maja do 3. czerwca). Prace przygotowawcze są w pełnym toku. Przewodniczącym komitetu gospodarczego jest prof. Dr Vejdovský, sekretarzem prof. Dr Slavík (Žižkov, Přemyslova č. 9). Komitet

gospodarczy zwrócił się do lekarskich Komitetów narodowych innych narodów słowiańskich o zorganizowanie uczestnictwa lekarzy tych narodów w Zjeździe czeskim i otrzymał odpowiedź od prof. Dr Wicherkiewicza z Polski, od prym. Dr Čačkovića z Chorwacyi i od prym. Dr Subotića z Belgradu. (Čas. lek. česk. Nr 28).

— »Kuryer warszawski« pomieścił następującą odezwę: »Nowa wojna na Bałkanach, z bitwami krwawszemi od poprzednich, napełnia szpitale rannymi. Pomimo całej sprawności, z jaką prowadzona jest służba sanitarna, chorzy nie mogą mieć należytej opieki, gdyż brak lekarzy daje się z każdą godziną niemal coraz więcej uczuć. Może tym razem lekarze polscy zechcą udzielić swojej pomocy sympatycznym i bohaterskim Serbom, których doprawdy warto jest bliżej poznać, a o których my wypowiadamy swoje sądy na podstawie informacyi z tych samych, niestety źródeł, które i o nas szerzą rozmaite brednie. Co do mnie, jestem bardzo zadowolony, żem tu przyjechał, a nie spotkałem ani jednego cudzoziemca, ani nie słyszałem o takim, któryby żałował tego kroku, a byli tu przedstawiciele niemal wszystkich narodów kulturalnych, prócz... Polaków. Jeśli więc kto jest w możności trochę czasu swojego poświęcić, niech nie zwleka z przyjazdem, bo każdy dzień jego pracy wiele tu dobrego zrobić może. Warunki są następujące: mieszkanie z utrzymaniem i 400 franków (czterysta franków) miesięcznie. Lekarze-cudzoziemcy z dyplomami, dającymi im prawo praktyki we własnym kraju, mogą później, zobowiązawszy się kontraktem rocznym, dłużej w Serbii pozostać. Tymczasem, bez żadnego zobowiązania terminowego, mogą pracować również doktorzy medycyny, nie posiadający dyplomów państwowych. Studenci nawet wyższych kursów nie są przyjmowani. Wszelkiemi informacyami chętnie służę.

Dr Jerzy Stanisław Alexandrowicz. (Belgrad. Vojna bolnica)«.

— Kursa z zakresu balneologii, urządzone przez międzynarodowy Komitet kursów lekarskich, odbędą się w Karlsbadzie od 28. września do 4. października b. r. Kursa są bezpłatne, tylko wpisowe wynosi 10 kor. O programy i karty uczestnictwa, oraz objaśnienia zgłaszać się należy pod adresem: Kuramt, Karlsbad.

— Jak fabryki przekręcają zdania autorów dla swojej reklamy, dowodzi oświadczenie Beerwalda w Nr 16 »Münch. med. Wochenschrift«. Firma Kopp i Joseph wyrabia sztuczne kąpiele mineralne z kwasu węglowego pod marką »Zeo«. Beerwald na kongresie balneologicznym w Berlinie wyraził się o nich: »Do naszych celów (t. j. pracy chemicznej) okazały się najstosowniejsze preparaty Zeo«. Z tego zaś fabryka uczyniła sobie reklamę następującą: »Radca sanitarny B. uznał nasze kąpiele z kwasu węglowego »Zeo« za najlepsze ze wszystkich istniejących, nawet naturalnych!« Tymczasem właśnie B. w swej pracy twierdzi, że sztuczne kąpiele ustępują naturalnym znacznie co do skuteczności. X.

Mianowani: inspektorami sanitarnymi w służbie rządowej w Galicyi Dr Leon Tyszkowski i Dr Leon Luchs;
Dr Gengou profesorem higieny w Brukseli.

Zmarli: Dr Chojko w Radomiu;
słynny dermatolog angielski sir Jonathan Hutchinson w Haslemer (w 85 r. ż.); chirurg prof. Thiriar w Brukseli.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.